

Atendimento: 1427016 - RAPHAEL PIETRO LEAL CARVALHAES Lote: 1771990 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: RAPHAEL PIETRO LEAL CARVALHAES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
Guia.....: 17392 Validade.:30/04/2024
Senha.....: 17392 Autoriz.:30/04/2024
Carteira.: 368669 Validade.: 31/12/2024 Titular....: RAPHAEL PIETRO LEAL CARVALHAES
: RUA GENERAL CARNEIRO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	16,77	0,00	0,00	0,00	0,00	16,77
EXAMES E DIAGNOSTICOS	34,81	0,00	0,00	0,00	0,00	34,81
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						116,58

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
30/04/2024	08007090 ATADURA CREPE 20CM 1,80MT CYSNE	RL	2	8,3833	16,77
Total :					16,77

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
30/04/2024	40804054 JOELHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	34,8080	34,81
Total :					34,81

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
30/04/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BOR - 15485 89408543904	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :					65,00	

Total Geral: 116,58



**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT**

2 - Nº Guia no Prestador **17392**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
-----------------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 30/04/2024	5 - Senha 17392	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17392
--	---------------------------	-------------------------------	---

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 368669	9 - Validade da Carteira 31/12/2024	10 - Nome RAPHAEL PIETRO LEAL CARVALHAES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante	
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 15485	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---	---	----------------------	----------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 30/04/2024	23 - Indicação Clínica PCTE TEVE UMA QUEDA NO FUTEBOL E MACHUCOU O JOELHO DIR - EVOLUIU COM DOR E LIMITACAO FUNCIONAL

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
	31 - Código CNES 3005585

Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36-Data	37-Hr. Inicial	38-Hr. Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 30/04/2024	22:26	22:26	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2 30/04/2024	23:17	23:17	22	40804054	RX - JOELHO	001			1.0	34.81	34.81

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)										
48-Sq.Ref.	49-Gr.Part	50-Cód na operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO			

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 99.81	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 16.77	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 116.58
---	---	---	---	---	---	---

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

**ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 17392											
Dados do Contratado Execitante													
3 - Código na Operadora 76530518000107		4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA											
5 - Código CNES 3005585													
Despesas Realizadas													
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$			
17- Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante												
3 -	03	30/04/2024	22:26:00	a	22:26:00	19	70034419		2	045	1.00	8.38	16.77
20 - Descrição: ATADURA CREPOM 20CMX1,8MT (EM REPOUSO) 12UNID CYSNE 165.920													
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)		22 - Total de Medicamentos (R\$)		23 - Total de Materiais (R\$)		24 - Total de OPME (R\$)		25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		26 - Total de Diárias (R\$)		27 - Total Geral (R\$)	
0.00		0.00		16.77		0.00		0.00		0.00		16.77	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Raphael Pietro Leal Carvalhaes
Nº da Carteira: 3.6.8669
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 05/08/2013 **Nº da Guia:** 17392

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/04/2024	21:03:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

Aluno estava no evento do colégio futsal, uma dividida com a bola e caiu com o joelho no chão.

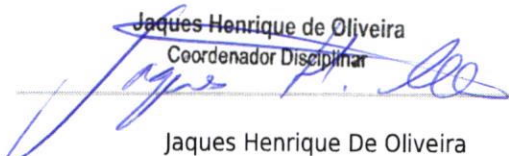
Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Rosali	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Rosali	30/04/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

Aluno passou pela enfermaria , gelo no local.

Ass.: 
Jaques Henrique De Oliveira

40804054
1122

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 17392

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 30/04/2024	5 - Senha 17392
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17392

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 368669	9 - Validade da Carteira 31/12/2024	10 - Nome RAPHAEL PIETRO LEAL CARVALHAES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
----------------------------------	--	---	---	----------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA				
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 0000	18 - UF 41	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 30/04/2024	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------------	--	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hr. Inicial	38-Hr. Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 30/04/2024	22:26	22:26	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Sq.Ref.	49-Gr.Part	50-Cód na operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
------------	------------	-------------------------	-------------------------	------------------	-----------------------	-------	---------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	----------

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 65.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 65.00
--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

Dr. Luiz Cláudio E. Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15195



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 17392

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 30/04/2024	5 - Senha 17392	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17392

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 368669	9 - Validade da Carteira 31/12/2024	10 - Nome RAPHAEL PIETRO LEAL CARVALHAES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
----------------------------------	--	---	---	----------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 0000	18 - UF 41	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	----------------------------------	---------------------------------	---------------	-----------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 30/04/2024	23 - Indicação Clínica
----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
-------------	--	----------------	----------------	------------------

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------------	--	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hr.Inicial	38-Hr.Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 30/04/2024	22:26	22:26	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Sq.Ref.	49-Gr.Part	50-Cód na operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
------------	------------	-------------------------	-------------------------	------------------	-----------------------	-------	---------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- / /	2- / /	3- / /	4- / /	5- / /	6- / /	7- / /	8- / /	9- / /	10- / /
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 65.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 65.00
--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

Dr. Luiz Gustavo F. Borg
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19485

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1427016

Pedido.....: 804224

Paciente.....: RAPHAEL PIETRO LEAL CARVALHAES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES

Data do Exame.: 30/04/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

06 de Maio de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.HERZ
30/04/2024 22:28:37

Atendimento: 1427016 Data do Atendimento: 30/04/2024
Prontuário: 1016912 Nome: RAPHAEL PIETRO LEAL CARVALHAES
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 05/08/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:
Rua: RUA GENERAL CARNEIRO Numero 92 CEP: 83412430
Bairro: PALOMA Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 368669
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: EDNILSON NUNES DOS SANTOS Parentesco: PAI

- 1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.
- 2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência do(a) paciente, plena e total responsabilidade, na condição de devedor solidário e principal pagador dos depósitos e despesas gerais do atendimento, inclusive serviços e medicamentos fornecidos por terceiros, necessários ao referido tratamento, desde que **NÃO** cobertos pelo convênio, independente do motivo.
- 3 - Autorizo(a) a prestação de serviços hospitalares pelo **HXV**, bem como de serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras referenciadas (corpo clínico, laboratório, fisioterapia, anestesia, banco de sangue, exames de imagens, nutrição, OPME etc.), ao(a) paciente supra-qualificado(a), fica, portanto, o **HXV**, expressamente autorizado a executar por si, ou por terceiros especializados, todos os procedimentos, diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável, ou por outro(s) profissional(s) da equipe médica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do(a) paciente, até sua saída do hospital.
- 4 - Declaro estar ciente e concordar que o **HXV** não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences, porventura, deixados em seus aposentos.
- 5 - O pagamento da(s) despesa(s) hospitalar(es) poderá(ão) ser feito à vista, ou mediante emissão de boleto bancário, ou cheque, ou cartão de débito/crédito.
 - 5.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.
- 6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.
- 7 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de débito/crédito, acarretará não só no **registro/inclusão** do(a) paciente e/ou Responsável Legal no Serviço Central de Proteção ao Crédito (SCPC), **SERASA**, ou qualquer outro serviço de proteção ao crédito, como também na **cobrança judicial** acrescida de multa moratória prevista em Lei, além de juros legais e correção monetária, de acordo com o **IGP-M/FGV**.
- 8 - Declaro ter pleno conhecimento de que o **HXV**, não é conveniado ao **Sistema Único de Saúde (SUS)**, nem ao **Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**.
- 9 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.
- 10 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.



Paciente e/ou Responsável



HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : RAPHAEL PIETRO LEAL CARVALHAES, 10 ANOS Início da Triagem: 22:13:41.
Fim da Triagem: 22:15:47.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE RELATA QUE O FILHO ESTAVA JOGANDO FUTEBOL E BATEU O JOELHO DIREITO COM OUTRO COLEGA E ESTA SENTINDO BASTANTE DOR.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:93bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:97% ECG: Dor:

Data: 30/04/2024.

DANIEL MEDINA

PRESCRIÇÃO.: 1620494 DATA: 30/04/2024 23:16
USUARIO....: LUIZ.BORGES
ATENDIMENTO: 1427016 DT NASC: 05/08/2013 (10A 8M 26D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1016912 - RAPHAEL PIETRO LEAL CARVALHAES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/04/2024 22:26 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MEDICO.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1427016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

1	JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (DIREITO)					
---	--	--	--	--	--	--

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES
CRM: 15485

PRESCRIÇÃO.: 1620500 DATA: 01/05/2024 00:08
USUARIO....: LUIZ.BORGES
ATENDIMENTO: 1427016 DT NASC: 05/08/2013 (10A 8M 26D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1016912 - RAPHAEL PIETRO LEAL CARVALHAES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/04/2024 22:26 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
CID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1427016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 C.C. ENFAIXAMENTO SIMPLES JOELHO	1					[01/05]	00:08
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 13 FIOS	2	UNIDADE					
UND							
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO					

Dr. Luiz Gustavo F. Borges
Ortoped. e Traumatolog
CRM 15485

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES
CRM: 15485

Período de 01/05/2024 a 01/05/2024

Atendimento: **1427016 RAPHAEL PIETRO LEAL CARVALHAES** Nascimento: 05/08/2013
Mãe: JUCILENE LEAL CARVALHAES
Internação: 30/04/2024 CID: S800 CONTUSAO DO JOELHO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES

Evolução/Anotação: 00687420

Data: 01/05/2024

Hora: 01:30

PACIENTE ADMITIDO NO P.A. PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO. REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAL UTILIZADO:

02 ATADURA DE CREPE 20 CM

50 CM DE ESPARADRAPO

Kelly Cristina Walkiu

Enfermeira
COREN/PR 123713

0539 KELLY CRISTINA WALKIU
ENFERMEIRO(A)
COREN: 123713

REF. ATENDIMENTO: 1427016

Justificamos, através deste, o atraso na entrega do referido atendimento por motivos de:

Falta de assinatura e carimbo do médico na ficha de atendimento, bem como, sua finalização.

Conforme demandas do setor e por disponibilidade médica, ocorreu o atraso na captação da assinatura e carimbo do profissional, assim como, finalização da ficha pelo médico, que não efetuou a alta na data do atendimento.

Certos da compreensão,

Atenciosamente

Setor de Atendimento


Supervisora Atendimento XV

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	1427016	Prontuário:	1016912	SAME:	1016912	Hora Atend:	22:26	Data Atend:	30/04/2024
Paciente.....	RAPHAEL PIETRO LEAL CARVALHAES								
Endereço.....	RUA GENERAL CARNEIRO								
Bairro.....	PALOMA								
Cidade.....	COLOMBO								
Convênio.....	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA								
CID Principal.....	S800 - CONTUSAO DO JOELHO								
CID's Secundários:									
Resultado.....	RETORNO AMBULATORIO								
Data Saída.....	01/05/2024								
Prestador da Evolução Médica:	38 LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES								

HDA

PCTE TEVE UMA QUEDA NO FUTEBOL E MACHUCOU O JOELHO DIR - EVOLUIU COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

EXAME FISICO

TEM ANATOMIA PRESEVADA

LEVE DERRAME ARTICULAR

FE 130 AO SEM DOR

ESTAVEL

DOR NA INSERÇÃO DO TRATO ILIOTIBIAL

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DO JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DO JOELHO

TRATAMENTO

ENFAIXAMENTO 30711010
CETOPROFENO // GELO

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Dr. Luiz Gustavo F. Borges
CRM 30489
Ortopedia e Traumatologia